

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 avril 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Berthoud  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Claire Charton,  
avocate à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 6 ss, 17, 53 al. 1 et 55 al. 1 LPGA; 67 al. 1 et 2 PA; 4 et 28 LAI;  
87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Le 18 février 2004, P.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1959, ressortissant portugais en Suisse depuis 1989, occupant le poste de chef d'équipe au sein de l'entreprise T.\_\_\_\_\_ Paysage SA, a déposé une demande de prestations auprès de l'Assurance-invalidité en raison de douleurs au dos.

Par décision du 28 avril 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de l'assuré. Il a constaté que sur le plan médical, l'intéressé présentait une incapacité de travail de 50% dans sa profession habituelle de chef d'équipe de chantier et que nonobstant, une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20% apparaissait raisonnablement exigible de sa part dans une activité adaptée (sans port de charges supérieures à 15 kg sans travaux lourds, pas d'activités en porte-à-faux avec alternance possible des positions assise/debout). Il en résultait un degré d'invalidité de 23,17% n'ouvrant pas droit à la rente.

Par décision sur opposition du 19 juin 2008, l'OAI a confirmé l'intégralité de son refus de prestations signifié selon décision du 28 avril 2006. Cette décision sur opposition est entrée en force.

**B.** Le 12 juillet 2010, l'assuré assisté par son assurance protection juridique, a déposé une demande de révision de la décision sur opposition précitée. En annexe à sa demande, l'assuré a produit un rapport médical du 13 octobre 2009 adressé par le Dr X.\_\_\_\_\_ au médecin traitant dont la teneur mentionnait une série de diagnostics thérapeutiques dont il ressortait en définitive la mise en évidence d'une douleur inflammatoire générée par le disque L5-S1.

Dans un avis médical du Service Médical Régional de l'AI (SMR) du 20 août 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin-chef, a relevé que la pathologie avait bien été reconnue ainsi que les limitations fonctionnelles

et une réduction de la capacité de travail exigible de sorte que ni l'origine de la douleur ni le diagnostic posé n'étaient déterminants pour la détermination de l'exigibilité médicale laquelle résultait uniquement de l'atteinte fonctionnelle. Or les limitations fonctionnelles n'étaient pas modifiées par la nouvelle origine de la douleur mise en évidence. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs précisé qu'il n'avait pas été fait état d'une aggravation de l'état de santé ni, d'un fait nouveau. Il n'y avait en définitive pas lieu de reconsidérer la décision sur opposition du 19 juin 2008 ni d'entrer en matière sur une nouvelle demande de l'assuré.

Par projet de décision du 28 septembre 2010, l'OAI a préavisé dans le sens du refus d'entrer en matière sur la demande de prestations. Il retenait qu'avec sa nouvelle demande, l'assuré avait échoué dans la preuve d'une modification essentielle des faits depuis la dernière décision sur opposition en force. Selon lui, il s'agissait uniquement d'une appréciation divergente d'un même état de fait. Suite à la contestation élevée le 22 octobre 2010 par l'assuré contre le projet précité, l'OAI a, par décision du 9 décembre 2010, entièrement confirmé son préavis en précisant qu'il n'y avait pas matière à révision ou à révision procédurale en l'espèce.

**C.** Le 25 janvier 2011, P.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de refus d'entrer en matière rendue le 9 décembre 2010 par l'OAI. Il conclut principalement à la révision de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée, subsidiairement, à la réforme de la décision en question en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée et plus subsidiairement à l'annulation de la décision et renvoi de la cause à l'autorité de première instance pour nouvelle instruction puis nouvelle décision. Il avance en substance que la décision attaquée méconnaît les constatations établies le 13 octobre 2009 par le Dr X.\_\_\_\_\_, à savoir que la douleur subie consiste en une inflammation au niveau du disque L5-S1, hypothèse formulée en son temps par le Dr D.\_\_\_\_\_ sans que la pathologie n'ait pu être mise en évidence. Cela constituerait un fait nouveau dont l'OAI ne pourrait s'écarter sans tomber dans l'arbitraire. A suivre le recourant la prise en compte du rapport médical du 13 octobre

2009 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_ serait déterminant quant à l'origine de ses douleurs et sur le degré d'invalidité en découlant. A défaut de considérer que son recours satisfait les conditions pour la révision, il conviendrait de considérer que l'administration a refusé de rentrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

Dans sa réponse du 15 mars 2011, l'office intimé confirme sa décision de refus d'entrer en matière rendue le 9 décembre 2010 et propose le rejet du recours. Il rappelle que suite à l'entrée en force d'une décision de refus, la nouvelle demande ne peut être examinée qu'à la condition que l'assuré rende plausible une modification essentielle de son invalidité de nature à influencer ses droits. Or, le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2009 ne mettrait pas en évidence d'aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, ni l'origine de la douleur ni le diagnostic posé ne sont déterminants s'agissant de l'appréciation de l'exigibilité médicale. Partant les éléments soulevés ne sont pas suffisants pour justifier tant une révision procédurale qu'une nouvelle demande. En outre, s'agissant de la demande de révision procédurale, l'OAI précise que celle-ci doit être présentée dans le délai de 90 jours à compter de la découverte du motif de révision. En l'occurrence, le recourant s'est prévalu du rapport médical établi le 13 octobre 2009 près de neuf mois après sa découverte, soit de manière tardive.

Le 8 juin 2011, le recourant produit un rapport médical établi le même jour par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui pose le diagnostic de lombosciatalgie gauche chronique en L5. Dans son appréciation du cas, ce médecin relève l'absence d'amélioration malgré plusieurs traitements mis en œuvre.

Dans ses explications complémentaires du 30 juin 2011, le recourant est d'avis que sa situation justifie un réexamen de son dossier par l'office intimé. Se référant au rapport médical du 8 juin 2011 du Dr J.\_\_\_\_\_, il estime que nonobstant tous les moyens médicamenteux et physiothérapeutiques mis en œuvre, il n'y a aucune amélioration de ses douleurs dans le bas du dos ainsi que dans l'épaule et la jambe gauche.

Dans sa duplique du 5 juillet 2011, l'intimé confirme les conclusions de sa réponse. Il produit un avis médical SMR du 27 juin 2011 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_ en relation avec le rapport médical produit par le recourant. L'intimé souligne que le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ ayant été établi postérieurement à la décision attaquée, il convient de ne pas en tenir compte.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision du 9 décembre 2010 est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA.

Le recours a été déposé en temps utile (cf. art. 60 LPGA), compte tenu des fêtes d'hiver courant du 18 décembre 2010 au 2 janvier 2011 inclusivement (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) selon les formes prescrites (cf. art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le recourant critique la décision rendue le 9 décembre 2010. Il prétend que les constatations médicales ressortant du rapport du 13 octobre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_ constitueraient un fait nouveau qui n'avait

pas pu être allégué avant la décision sur opposition rendue le 19 juin 2008. Il s'agira donc d'examiner en premier lieu si la décision attaquée rejette à juste titre la demande de révision procédurale (cf. consid. 3 infra). Le recourant avance d'autre part, que la décision litigieuse doit être comprise en tant que refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 12 juillet 2010. Il incombera ainsi à la Cour de déterminer si le refus d'entrer en matière de l'office intimé se justifie en l'espèce (cf. consid. 4 infra).

**3. a)** Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

**aa)** La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. également Ferrari, in Corboz/Wurzbürger/Ferrari/Frésard/Girardin, Commentaire de la LTF, Berne 2009, n° 16 ss, 20 ss ad art. 123).

**bb)** S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGA n'en prévoit pas. Sont dès lors déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la procédure administrative (art. 67 al. 1 et 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021]). Cette réglementation constitue non seulement un principe général (RAMA 1994 n° U 191 p. 146 consid. 3a), mais elle s'applique en vertu du renvoi contenu à l'art. 55 al. 1 LPGA (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 23 ad art. 53). Aux termes de l'art. 67 al. 1 PA, dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision sur recours.

**b)** En l'espèce, le rapport médical du 13 octobre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_ est invoqué en tant que preuve de la découverte d'un fait nouveau par le recourant à l'appui de sa demande de révision du 12 juillet 2010 en relation avec la décision sur opposition rendue par l'intimé le 19 juin 2008 refusant le droit à la rente AI. Dans ces conditions, on constate que le rapport médical en question a été porté à la connaissance de l'intimé postérieurement au délai de nonante jours dont le recourant disposait pour invoquer l'existence d'un motif de révision. En présentant sa demande de révision procédurale uniquement en date du 12 juillet 2010, soit environ quelques neuf mois après avoir eu connaissance du rapport médical établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, le recourant n'a pas agi en se conformant au délai prévu à l'art. 67 al. 1 PA (cf. consid. 3 c/bb supra). Partant, la demande de révision déposée le 12 juillet 2010 l'a été tardivement de sorte qu'il convient – à l'instar du point de vue émis par l'office intimé au terme de sa réponse du 15 mars 2011 – de rejeter le premier grief de la révision procédurale avancé par le recourant.

**4.** A ce stade, il est le lieu d'examiner s'il se justifie de rejeter la nouvelle demande de prestations du 12 juillet 2010 d'entrée de cause par une décision de refus d'entrer en matière, motif pris que le recourant n'est

pas parvenu à mettre en évidence une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus du 19 juin 2008 entrée en force.

**a)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [5<sup>e</sup> révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

**b)** Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition est également applicable lorsque le droit à la rente a été fixé, à l'issue d'une procédure de recours, par un jugement entré en force.

**c)** En application de l'art. 17 LPGA, la jurisprudence admet que l'administration peut être tenue d'allouer des prestations qui avaient été refusées par une décision ou un jugement entré en force, en cas de

modification des circonstances postérieure à cette décision ou à ce jugement. L'assuré doit toutefois déposer une nouvelle demande et établir de façon plausible une modification des circonstances de nature à lui ouvrir droit, désormais, aux prestations demandées (cf. art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]; Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 391 ss). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (Vallat, op. cit., p. 396).

**d)** On relève que la seule pièce produite par le recourant à l'appui de sa nouvelle demande devant l'office intimé dont il importe de tenir compte est un rapport médical établi le 13 octobre 2009 par le Dr X.\_\_\_\_\_. S'agissant du rapport établi 8 juin 2011 par le Dr J.\_\_\_\_\_ à la suite des consultations des 1<sup>er</sup> et 8 juin 2011, cette pièce apparaît postérieure à la décision litigieuse rendue le 9 décembre 2010. Or selon la jurisprudence, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 121 V 362 consid. 1b et les références; TF 8C\_880/2010 du 1<sup>er</sup> septembre 2011, consid. 4). Dans ces circonstances, il n'est pas possible de prendre en compte le rapport médical du 8 juin 2010 du Dr J.\_\_\_\_\_. Au demeurant, il convient d'observer que ce rapport ne comporte pas d'appréciation propre à établir une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant depuis le mois de juin 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_ se limitant à y constater l'absence d'une amélioration malgré plusieurs traitements mis en œuvre.

Le rapport du 13 octobre 2009 établi par le Dr X. \_\_\_\_\_ met en évidence, après contrôle, une douleur inflammatoire générée par le disque L5-S1. Il précise à ce propos qu'une telle hypothèse avait déjà été évoquée par le Dr D. \_\_\_\_\_, la pathologie n'ayant pas été clairement mise en évidence et corroborée à la clinique. En l'occurrence, le fait que l'hypothèse émise en son temps par le Dr D. \_\_\_\_\_ quant à l'origine des douleurs a ultérieurement été confortée ne signifie pas nécessairement en soi que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis le mois de juin 2008. La détection de l'origine des douleurs n'est pas de nature à modifier les limitations fonctionnelles qui en résultent. Elle n'a dès lors pas d'incidence sur la capacité de travail résiduelle du recourant mise en évidence au terme de la décision sur opposition rendue le 19 juin 2008. La décision litigieuse est fondée lorsqu'elle considère que, suite au dépôt de sa nouvelle demande, le recourant n'est pas parvenu à rendre vraisemblable que son état de santé s'est modifié de manière essentielle depuis la décision de juin 2008 entrée en force. L'office intimé était ainsi en droit de liquider l'affaire d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (cf. consid. 4c).

Il faut relever au surplus que le recourant invoque principalement l'existence d'un motif de révision procédurale à l'encontre de la décision sur opposition rendue en juin 2008. Or, affirmer comme le fait le recourant que le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ attesterait à la fois que le droit à la rente existait déjà en 2008, et que l'état de santé se serait aggravé entre 2008 et 2009 est difficilement défendable. En invoquant un motif de révision procédurale le recourant renonce presque nécessairement à se prévaloir d'une aggravation postérieure à la décision attaquée. Au vu de ces circonstances, il convient de considérer que la décision de refus d'entrer en matière est bien fondée.

**5.** En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 9 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Claire Charton (pour P. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :